

Research Article

CHAÎNE CAUSALE DE LA MALNUTRITION AIGÜE SÉVÈRE CHEZ LES ENFANTS DE 6 À 59 MOIS DANS LA ZONE DE SANTÉ RURALE DE TSHILENGE, PROVINCE DU KASAI ORIENTAL, EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Par ¹Tshimbalanga Muanda Jean and ²Badibanga Ntumba Patrice

¹Centre de recherche infinie sur le Bien Être "CRIBE", Mbuji-Mayi, République Démocratique du Congo (RDC).

²Institut Supérieur des techniques Médicales de Mbandaka, République Démocratique du Congo (RDC).

Received 19th August 2025; Accepted 20th September 2025; Published online 30th October 2025

RÉSUMÉ

L'étude intitulée « Chaîne causale de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois dans la zone de santé rurale de Tshilenge, en République Démocratique du Congo » visait à identifier les principaux déterminants de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de cinq ans dans cette zone.

Méthodologie: Il s'agit d'une étude transversale combinant une revue documentaire (au niveau du Bureau central et du territoire) et une collecte de données qualitatives menée en juillet et août 2025 sur cinq axes principaux de la zone de santé. L'échantillon comprenait 105 participants : • 80 parents (40 hommes et 40 femmes) impliqués dans des discussions de groupe • 25 informateurs clés issus de secteurs variés

Principaux déterminants identifiés: Les facteurs de malnutrition aiguë sévère sont interconnectés et se répartissent sur trois niveaux :

- Au niveau communautaire :
 1. Faible sensibilisation aux bonnes pratiques agricoles, alimentaires et nutritionnelles
 2. Vulnérabilité socio-économique élevée des ménages
 3. Normes culturelles défavorables (interdits alimentaires, sevrage précoce, faible recours à la planification familiale)
 4. Faible production alimentaire domestique
- Au niveau des ménages :
 1. Accès limité aux soins de santé (éloignement, coût élevé)
 2. Faible couverture des services et qualification insuffisante des prestataires
 3. Manque de connaissances sur les stratégies de lutte contre la malnutrition
- Au niveau individuel :
 1. Prévalence élevée des maladies infantiles
 2. Consommation alimentaire inadéquate

Recommandations: Pour inverser cette tendance, il est essentiel de : • Renforcer la production alimentaire locale • Mettre en œuvre un programme communautaire de sensibilisation sur les effets néfastes de la malnutrition.

Mots-clés: Déterminants, malnutrition aiguë sévère, enfants de 6 à 59 mois, Zone de santé rurale de Tshilenge.

CONTEXTE

La malnutrition infantile demeure l'un des problèmes de santé publique les plus préoccupants à l'échelle mondiale, notamment dans les pays à faible revenu. Elle constitue un facteur majeur de morbidité et de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. Elle est à la base de la mort de plus de la moitié des enfants dans le monde [1].

La malnutrition aiguë sévère (MAS) touche plus de 3 millions d'enfants de moins de cinq ans en Afrique, soit près d'un quart des cas mondiaux. Les régions les plus affectées sont l'Afrique de l'Ouest, de l'Est et centrale, avec des pays comme le Nigeria, le Niger, la République Démocratique du Congo, le Mali, la Somalie et l'Éthiopie qui sont en situation critique [2].

En République Démocratique du Congo (RDC), environ 1 390 409 enfants de 6 à 59 mois souffraient ou risquaient de souffrir de malnutrition aiguë sévère pour la période allant de juillet 2024 à juin 2025. À cela s'ajoutent 3 066 383 cas de malnutrition aiguë modérée, ce qui porte le total à plus de 4,4 millions d'enfants ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle. [3].

La prévalence de l'émaciation globale (-2 ET) chez les enfants de 6 à 59 mois est de 7.2% alors que celle de l'émaciation sévère est de 1.9% (-3 ET) en RDC. Le taux d'émaciation sévère se situe à la limite de 2%, fixé pour évoquer une situation préoccupante de malnutrition aiguë sévère. La même enquête montre une prévalence de l'émaciation globale (-2 ET) chez les enfants de 6 à 59 mois de 8.5% sévère de 0.8% (-3 ET) dans la province du Kasai Oriental [4].

Les enquêtes territoriales réalisées en avril 2019 dans les territoires de Tshilenge et de Lupatapata ont également présenté des résultats alarmants au regard de la situation nutritionnelle de retard de croissance, soit 59,1% et 54,9% respectivement pour Tshilenge et Lupatapata [5]. Ce tableau signifie que plus de 5 enfants sur 10 de moins de 5 ans sont touchés par le retard de croissance ceci constitue une menace sérieuse à leur survie avec des conséquences insidieuses sur la croissance linéaire et compromet leur développement cognitif.

Les déterminants spécifiques à ce contexte rural de malnutrition restent moins connus, peu documentés. Il devient donc essentiel d'identifier et d'analyser la chaîne causale de la malnutrition aiguë afin d'orienter des stratégies de prévention et de prise en charge qui seraient plus adaptées à la réalité locale [5].

*Corresponding Author: Badibanga Ntumba Patrice,

²Institut Supérieur des techniques Médicales de Mbandaka, République Démocratique du Congo (RDC).

C'est ainsi qu'il a été entrepris cette étude pour déterminer au moyen des évidences scientifiques l'interdépendance des facteurs à l'origine de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de moins de 5 ans dans la zone de santé de Tshilenge.

PRÉSENTATION DE LA ZONE DE SANTÉ DE TSHILENGE

La zone de santé de Tshilenge est située dans le territoire de Tshilenge, province du Kasai Oriental, en République Démocratique du Congo. Elle compte une population totale estimée à 185000 habitants (2024), dont près de 16% sont des enfants âgés de 6 à 59 mois, soit environ 29600 enfants. Cette population est majoritairement rurale, vivant de l'agriculture, de l'élevage, et du petit commerce [6].

Elle est découpée en 21 aires de santé avec un profil épidémiologique dominé par les pathologies courantes suivantes : Paludisme, IRA, diarrhées, malnutrition, fièvre typhoïde, pneumonie et tuberculose.

MÉTHODES

L'étude est descriptive et a été conduite sur le terrain au cours de la période allant du 22 Juillet au 13 Aout 2025. Dans une perspective des sciences sociales, elle a combiné les méthodes de revue documentaire, de collecte des données secondaires, d'appréciation qualitative (interview semi structurés et focus group).

Ces entretiens individuels et ces groupes de discussion réflexifs et délibératifs ont inclus des hommes ou des femmes âgés d'au moins 18 ans, résidant dans la Zone de Santé depuis au moins une année et ayant accepté volontiers de participer à nos enquêtes.

Dans un but de savoir ce que la personne pense et d'apprendre les choses qu'on ne peut observer directement comme les sentiments, les idées, les intentions, il a été constitué des groupes de discussion (un entretien en groupe de discussion) dont les cibles étaient les mères et les hommes chefs de ménages s'occupant des enfants de 6 à 59 mois, les leaders communautaires. Sur chaque axe, dix focus group ont été organisés avec 8 participants au maximum par focus group, soit 80 participants pour l'ensemble de ces 10 groupes de discussion dont 5 pour les mères et 5 pour les hommes.

En plus de la revue documentaire, l'échantillon a compris 105 individus dont 40 hommes et 40 pour les focus group et 25 informateurs clés, trouvés spontanément dans 5 villages de 5 axes de la Zone de santé.

Les entretiens individuels face à face (informateurs clés) avec des acteurs ont porté sur les perceptions professionnelles et les dynamiques familiales pour juger des causes de malnutrition aiguë sévère.

Les différents guides (entretien et collecte de données), notamment pour la revue documentaire, les focus group et les entretiens avec informateurs clés ont porté sur les domaines de santé, agriculture, éducation, économie et religion.

L'étude a reçu l'approbation de l'Université officielle de Mbuji-Mayi, ainsi que l'autorisation de la Zone de santé de Tshilenge. Le consentement éclairé a été obtenu verbalement auprès des participants, après explication claire des objectifs, de la confidentialité et du caractère volontaire de la participation.

RÉSULTATS

La combinaison des données qualitatives et quantitatives collectées à travers trois principales techniques : la revue documentaire, les entretiens semi-directifs avec des informateurs clés, et les focus groups répartis dans les cinq axes géographiques de la Zone de santé a permis de mettre en lumière les principaux déterminants de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois.

Résultats des discussions en groupes

Tableau 1 : Résultats obtenus dans les focus groups Hommes de 5 axes

Secteur	Exemple des réponses fréquentes	Nombre de groupes concernés	Interprétation
Santé	Accès difficile aux soins, suite aux centres de santé éloignés et manque d'argent et le non-respect de l'espace de naissances, voire le sevrage précoce	4/5	Majoritaire
Agriculture	Faible disponibilité des produits agricoles, Alimentation basée sur le manioc, peu de légumes et protéines, voire, infertilité du sol	5/5	Plus majoritaire
Economie	Pauvreté, chômage et faibles revenus ne permettant pas d'acheter des aliments pour diversifier l'alimentation	5/5	Plus majoritaire
Education	Absence de cours sur la nutrition dans les écoles	2,5/5	Moyenne
Religion	Interdits alimentaires (croyances locales)	2/5	Minoritaire

Ce tableau 1 met en évidence, selon les hommes, la forte récurrence de facteurs comme la pauvreté, la carence des produits agricoles, ou encore l'accès difficile aux soins, suite aux structures de santé qui sont éloignées, voire aussi le manque d'argent.

Tableau 2 : Résultats évoqués dans les focus group Femmes de 5 axes

Secteur	Exemple de réponses fréquentes	Nombre de groupes concernés	Interprétation
Education	Absence de cours de nutrition dans les écoles primaires	3/5	Moyenne
Economie	Pauvreté, chômage et faibles revenus ne permettant pas d'acheter des aliments pour diversifier l'alimentation	5/5	Plus majoritaire
Santé	Accès difficile aux soins, suite aux centres de santé éloignés et manque	4/5	Majoritaire

	d'argent et le non-respect de l'espacement de naissances, voire le sevrage précoce		
Agriculture	Faible disponibilité des produits agricoles, Alimentation basée sur le manioc, peu de légumes et protéines, voire, infertilité du sol	5/5	Plus Majoritaire
Religion	Interdits alimentaires (croyances locales)	1/5	Minoritaire

Selon le tableau 2, les participants aux focus groups femmes, mettent en évidence la forte récurrence de certains facteurs comme la pauvreté, le manque des produits agricoles, ou encore l'accès difficile aux soins à cause des Centres de santé éloignés, le manque d'argent comme les principales causes de la malnutrition.

Résultats des entretiens avec informateurs clés

Tableau 3 : Principaux constats des informateurs clés par secteur

Secteur	Causes identifiées	Nombre d'informateurs ayant cité le problème	Interprétation
Education	Absence de cours sur la nutrition dans les écoles et sensibilisation	7	Minoritaire
Economie	Manque d'emplois, faible revenus, insécurité alimentaire	25	Plus majoritaire
Santé	Faible couverture de prise en charge nutritionnelle	20	Majoritaire
Agriculture	Faible disponibilité alimentaire et l'infertilité du sol	23	Majoritaire
Religion	Croyances influençant les pratiques alimentaires	6	Minoritaire

Selon les informateurs clés, il est épinglé la faible couverture des interventions nutritionnelles, le chômage et le manque de diversification agricole parmi les causes de la malnutrition aiguë sévère.

Tableau 4 : Déterminants majeurs de la malnutrition aiguë sévère identifiés

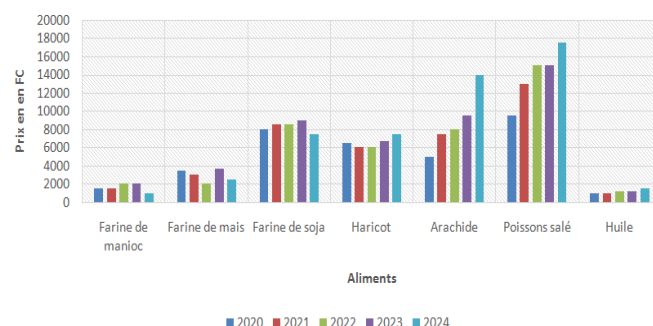
Déterminants	Illustration tirée des données collectées	Source	Interprétation
Economiques	Revenus faibles, dépendance à l'agriculture vivrière	Focus groups, Entretiens	Plus majoritaire
Nutritionnels	Alimentation peu variée, carence en protéines	Focus groups	Majoritaire
Sanitaires	Eloignement des structures, manque de personnel formé	Informateurs clés	Majoritaire
Agricultures	Insuffisance des	Focus groups,	Majoritaire

Educatifs	produits agricoles	Informateurs clés	Moyenne
	Faible sensibilisation communautaire, faible niveau d'instruction et absence des cours en caractère nutritionnel	Informateurs clés, revue documentaire	

Le croisement de trois sources de données (focus groups, entretiens, revue documentaire) a permis de mettre en évidence les déterminants majeurs de la malnutrition aiguë sévère listés dans ce tableau 4. Ce qui aide à comprendre l'interconnexion des facteurs structurels, économiques, nutritionnels et culturels.

Evolution des prix des aliments dans le territoire de 2020 à 2024

Figure 1: Moyenne de prix de denrées alimentaires de 2020 à 2024
Source: Inspection agricole du territoire de Tshilenge



Avec les étalons locaux (Mêga) de farine de manioc (2 Kg), de farine de maïs (≈ 2,5 Kg), de farine de soja (2,5 Kg), de haricot (3 à 3,5 Kg), d'arachides (2,5 à 3 Kg), de poissons salés (1 kg), d'huile de palme (1litre), les prix des aliments de base ont connu des fluctuations importantes entre 2020 et 2024.

Des hausses de certains produits à l'instar du poisson salé, peut aggraver l'accès alimentaire et l'insécurité nutritionnelle des populations vulnérables.

Besoins annuels vs production réelle dans le territoire de Tshilenge (en tonnes)

Figure 2: Besoins alimentaires annuels Vs Production réelle dans le territoire de Tshilenge (en tonnes) Source: Inspection agricole du territoire de Tshilenge



La production locale, spécialement en produits de base, est largement inférieure aux besoins annuels pour toutes les spéculations, illustrant un déficit de production qui risque d'accroître l'insécurité alimentaire et la malnutrition dans la région si les apports extérieurs ne sont pas envisagés.

Proportion de cas de maladies enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans dans la ZS de Tshilengeau cours de 5 dernières années)

Source: Bureau central de la Zone de santé de Tshilenge

Figure 3: Proportion de cas de maladies enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans en 2020
ZS de Tshilenge

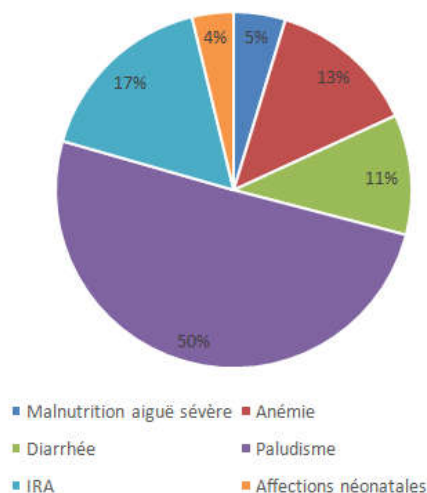


Figure 4: Proportion cas de maladies enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans en 2021
ZS de Tshilenge

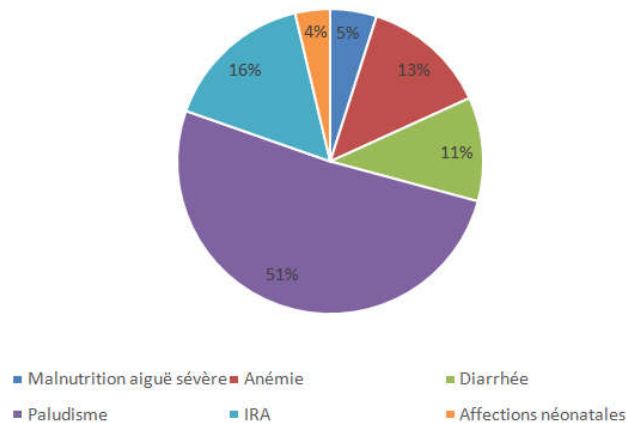


Figure 5: Proportion de cas de maladies enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans en 2022
ZS de Tshilenge

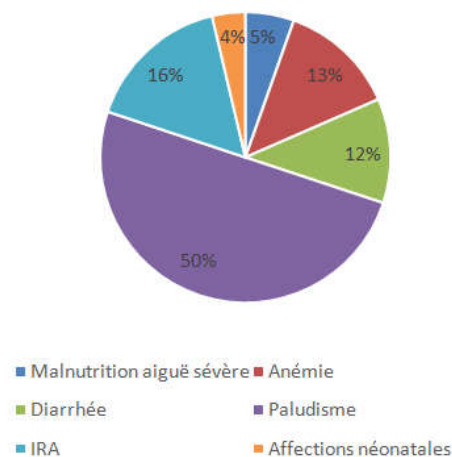


Figure 6: Proportion de cas de maladies enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans en 2023
ZS de Tshilenge

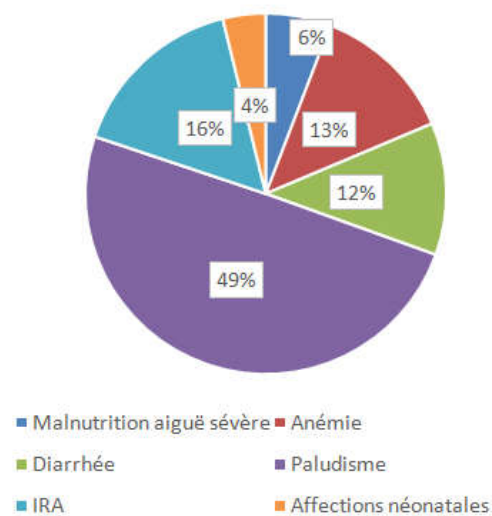
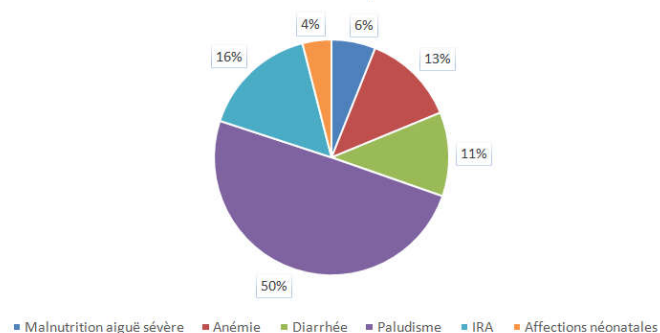


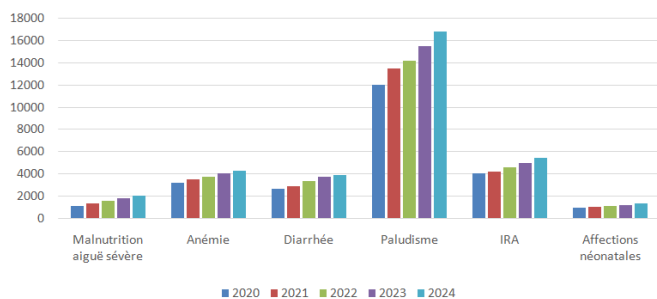
Figure 7: Proportion de cas de maldies enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans en 2024
ZS de Tshilenge



Entre 2020 et 2024, les tendances épidémiologiques (nombre de cas rapportés par an) indiquent une forte morbidité due au paludisme suivie de malnutrition aiguë sévère.

Tendances épidémiologiques (Nombre de cas rapportés par an) chez les moins de 5ans au cours de 5 dernières années

Figure 8: Nombre de cas de maladies chez les moins de 5 ans de 2020 à 2024 dans la ZS de Tshilenge Source: Inspection agricole du territoire de Tshilenge



La vue synoptique des cas de maladies enregistrés chaque année au fil de cinq années entre 2020 et 2024 dans la Zone de santé de Tshilenge révèle des courbes ascendantes de surveillance épidémiologique.

DISCUSSION

Les analyses des focus groups, entretiens et revue documentaire révèlent une convergence autour de plusieurs facteurs majeurs.

Déterminants de la malnutrition aiguë sévère identifiés

Les facteurs potentiels dans l'apparition de la malnutrition aiguë sévère dans la Zone de santé de Tshilenge sont principalement en lien avec la communauté, les ménages et l'individu et demeurent liés à l'agriculture, à la santé et à l'économie.

Facteur 1 : Faible production alimentaire domestique.

Non seulement les groupes de discussion ont révélé ce cas mais les données administratives relatives à la production de denrées alimentaires de base ont montré que la production locale de ces aliments de base reste faible et ne parvient pas à couvrir les besoins annuels de la population, à l'exception de la production du manioc qui dépasse largement ces besoins.

Cette situation qui fait que la population face à cette grande disponibilité de manioc et à l'insuffisance d'autres denrées de base consomme une alimentation peu diversifiée et moins nutritive. Ce constat corrobore avec les résultats de la campagne agricole nationale de la RDC de 2019-2020 qui avait montré aussi que les productions nationales des aliments de base sont faibles et ne couvrent pas les besoins annuels de la population, à l'exception de la production du manioc qui dépasse largement ces besoins.

Malgré le grand potentiel agricole qui existe dans cette entité territoriale, pour parvenir à une alimentation adéquate, la population doit recourir à une forte dépendance de l'importation de produits agricoles. Les données administratives de suivi des prix de denrées alimentaires riches en protéines, entre 2020 et 2024, indiquent une tendance à la hausse de prix de ces denrées selon les étalons considérés. La conjugaison de cette faible production couplée au faible accès à une alimentation de qualité place le territoire de Tshilenge, selon l'analyse de l'insécurité alimentaire aigue de janvier à juin 2025, dans la phase 3 d'insécurité alimentaire. C'est à dire dans une insécurité alimentaire de crise.

Ces constats rejoignent les conclusions déjà tirées par la FAO et qui indiquent que l'insuffisance de production locale est un facteur structurel aggravant l'insécurité alimentaire dans les zones rurales congolaises [7].

Facteur 2 : Forte vulnérabilité socio-économique des ménages

Les arguments qui soutiennent qu'il existe une vulnérabilité économique des ménages pointent la pauvreté, le chômage et l'incapacité à se procurer les aliments suite aux faibles revenus. Cette vulnérabilité ne peut faciliter l'accès aux structures de santé pour les soins, ni à une alimentation adéquate. La surveillance de quelques maladies chez les enfants de moins de 5 ans a permis de noter une nette ascendance du nombre de cas (paludisme, malnutrition aiguë sévère, anémie, diarrhée, infections respiratoires aiguës, affections néonatales) entre 2020 et 2024.

Le profil annuel des maladies chez les enfants de moins de 5 ans permet de mettre en évidence que la malnutrition demeure la cause sous-jacente de la mortalité chez ces enfants. Il existe une nette ressemblance des proportions avec la figure de l'Organisation mondiale de la santé à la seule différence avec le paludisme dont la proportion dans cette zone couvre approximativement la moitié des cas reçus en consultation curative. Comme on le sait, un taux croissant et élevé de morbidité sous-entend une faible immunité et de surcroît place les enfants en état de boulevard de la malnutrition qui s'accroît facilement pour atteindre le stade sévère. Le profil épidémiologique observé induit naturellement une baisse d'immunité.

La vulnérabilité économique des ménages induit la monotonie alimentaire, des carences en protéines animales et végétales, de faibles apports en micronutriments. Et partant, un accroissement des cas de maladies chez les groupes vulnérables. Comme on peut le constater avec le facteur 1 évoqué ci-haut, la monotonie alimentaire, centrée sur le manioc et pauvre en protéines, est citée comme cause majeure par les participants aux focus groups. Le déficit en protéines animales (poisson, viande) est accentué par la hausse des prix et probablement par l'éloignement des marchés. De telles habitudes alimentaires entraînent un apport insuffisant en acides aminés essentiels, aggravant les risques de retard de croissance et de malnutrition aiguë sévère, comme le rapportent Black et al, dans leur analyse mondiale sur la nutrition infantile [8].

Les résultats ont également montré l'insuffisance des revenus et la dépendance à l'agriculture vivrière comme obstacles à l'accès à une alimentation diversifiée. Une situation qui s'aggrave continuellement dans un contexte d'augmentation continue des prix des denrées de base, confirmée par la figure 1. L'enquête nationale de nutrition (ENN) menée en République Démocratique du Congo en 2023 a souligné également les liens directs entre insécurité économique et la prévalence de la malnutrition.

Ce constat corrobore avec les résultats de l'étude sur les déterminants sociaux de la malnutrition dans les provinces de la Tshopo et du Sud Ubangi, spécialement dans les zones de santé d'Isangi, de Bwamanda, de Gemena, de Bulu et de Budjala. Cette étude a relevé que la majorité de la population congolaise vit dans des conditions de pauvreté, ce qui signifie qu'elle a un accès limité à une nourriture adéquate et à des soins de santé [9].

Facteur 3 : Faible niveau des connaissances des stratégies de lutte contre la malnutrition

Il existerait dans cette entité de santé une faible sensibilisation communautaire en matière de nutrition, un faible niveau d'instruction dans la population sensée travailler pour combattre la malnutrition, et aussi l'absence dans le curricula des enseignements de base de cours de nutrition.

Bien qu'évoqué par la moitié des participants aux groupes de discussion, la faible sensibilisation communautaire en matière de nutrition, le faible niveau d'instruction des habitants ne permettent pas que des messages essentiels sur une bonne alimentation soient connus dans la communauté.

L'absence dans le système d'enseignement de base de cours portant sur la nutrition et le faible niveau de sensibilisation communautaire sont relevés par la majorité d'informateurs clés. Le déficit d'éducation nutritionnelle limite aussi la capacité des ménages à diversifier l'alimentation avec les ressources disponibles. Ceci rejoint la littérature développée par deux agences du système des Nations unies [7], qui confirme que l'éducation nutritionnelle à l'école et dans la communauté constitue un levier essentiel pour améliorer les pratiques alimentaires.

Par ailleurs, une sensibilisation à la production, à l'hygiène alimentaire, au bon choix des aliments pour une alimentation nutritive ne peut pas être obtenue dans un contexte d'absence des stratégies diversifiées de lutte contre la malnutrition et basées sur les connaissances, l'incitation des habitants aux attitudes et aux pratiques favorables à une alimentation saine et adéquate.

Ces différentes constatations corroborent également avec les résultats de l'étude sur les déterminants sociaux de la malnutrition dans les provinces de la Tshopo et du Sud Ubangi, spécialement dans les zones de santé d'Isangi, de Bwamanda, de Gemena, de Bulu et de Budjala. Cette étude a relevé que l'insuffisance des connaissances nutritionnelles ou les connaissances nutritionnelles erronées peuvent également jouer un rôle important dans la malnutrition. Les mères peuvent ne pas comprendre l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie d'un enfant ou de l'alimentation diversifiée après cette période [9].

Facteur 4 : Pesanteurs culturelles non favorable à la bonne nutrition

Les facteurs liés à la culture sont aussi des pesanteurs qui pèsent lourdement et ne favorisent pas une bonne alimentation. Les participants aux discussions en groupe et les informateurs clés ont évoqué les cas des croyances qui influent négativement sur les pratiques alimentaires et de vie quotidienne de la population.

A cet effet, les pesanteurs relevées sont :

- L'interdiction des certains aliments à la suite des croyances dans un environnement déjà marqué par une faible production et une vulnérabilité économique poussée. Ces pesanteurs placent certains groupes spécifiques et spécialement le groupe des enfants de moins de 5 ans dans un état de privation continue en éléments nutritifs qu'ils pourraient obtenir des aliments interdits.

Bien que minoritaires, certaines croyances religieuses interdisant la consommation de certains aliments ; peuvent restreindre l'accès des enfants à des sources nutritives importantes (œufs, viandes, poissons). Ce type de déterminant culturel, également observé dans d'autres contextes africains [10], nécessite une approche de sensibilisation adaptée par les leaders communautaires et religieux.

- L'absence de pratiques de planification familiale ou de l'espacement des naissances. Pour respecter la tradition, les couples aspirent à des familles nombreuses sans beaucoup de réflexions alors que leur production alimentaire ne peut permettre de couvrir les besoins alimentaires des membres de ménages. Ce qui fait que l'alimentation de l'enfant de moins de 5 ans ne couvrant pas ces besoins l'expose facilement à tomber

sur le terrain de malnutrition et partant vers la malnutrition aiguë sévère.

- Le sevrage précoce des enfants. Corrélié aussi aux pratiques alimentaires du milieu, le sevrage reste brutal et précoce dans ce milieu. Alors que le lait maternel est reconnu pour être l'aliment exclusivement idéal pour le nourrisson jusqu'à 6 mois, celui-ci est souvent complété avec d'autres aliments très tôt dans ce milieu. En l'occurrence avec une purée de farine de manioc et rarement avec celle de farine de maïs. Ce qui court en défaveur du nourrisson ou jeune être qui ne bénéficie pas de tous les éléments nutritifs qui devaient être obtenus en prenant exclusivement le lait maternel.

Cette pratique prive ou diminue toutes les chances de l'enfant de recevoir autant de facteurs anti infectieux possibles contenus dans le lait maternel. Par conséquent, le sujet accumulera au fil de jours des gaps en nutriments, son immunité baisse, la morbidité augmente et son état nutritionnel se détériore. Pour finir, l'état nutritionnel peut évoluer jusqu'à la malnutrition sévère.

Ces différentes évidences corroborent également avec les résultats de l'étude sur les déterminants sociaux de la malnutrition dans les provinces de la Tshopo et du Sud Ubangi, spécialement dans les zones de santé d'Isangi, de Bwamanda, de Gemena, de Bulu et de Budjala. Cette étude a relevé que :

- Certaines croyances et tabous alimentaires, comme l'interdiction de manger certaines viandes ou de manger à certaines heures de la journée, peuvent également contribuer à la malnutrition [9].
- Les pratiques alimentaires traditionnelles, telles que la consommation de plats à base de manioc ou de maïs sans suffisamment d'éléments nutritifs, peuvent contribuer à la malnutrition.

Facteur 5 : Accès limité aux soins de santé

Les participants aux discussions de groupe et aux entretiens avec informateurs clés ont souligné les difficultés d'accès aux soins de santé, notamment par l'éloignement entre les structures de santé et les ménages, les coûts élevés des services, la faible couverture géographique (aires de santé) des interventions nutritionnelles et le manque de prestataires qualifiés. Ces obstacles réduisent la détection et la prise en charge précoces des cas de malnutrition en poussant les cas jusqu'au stade sévère de la malnutrition aiguë. Les tendances épidémiologiques montrent une hausse continue des cas rapportés sur des maladies chez les enfants de moins de 5 ans au cours de la période allant de 2020 à 2024.

Par ailleurs, on doit noter que l'OMS rappelle que la couverture insuffisance des services nutritionnels constitue un frein majeur à la réduction de la malnutrition [11].

Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude citée ci-haut. Cette étude a relevé que l'accès limité aux soins de santé, en particulier aux soins de santé primaires, peut contribuer à la malnutrition en République démocratique du Congo. Les familles ne sont peut-être pas en mesure de se permettre les soins de santé nécessaires pour diagnostiquer et traiter la malnutrition chez leurs enfants [9].

Représentation schématique de la chaîne causale de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois à Tshilenge

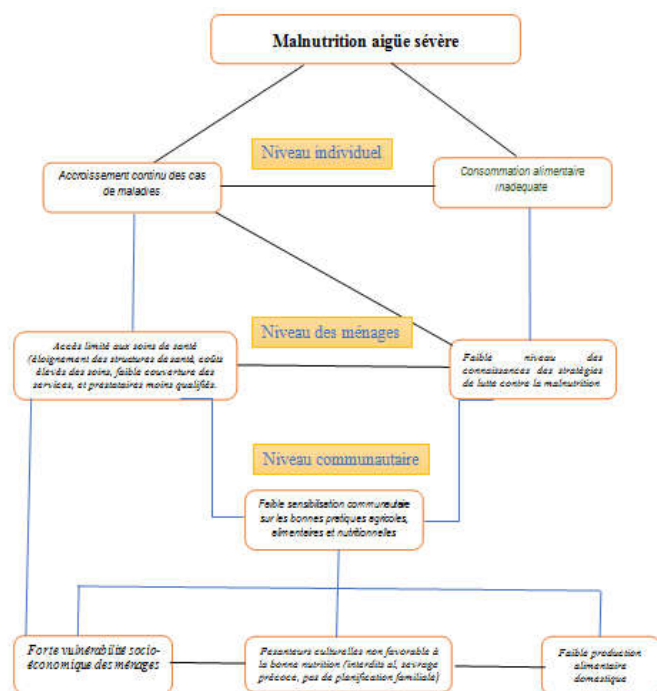


Figure 2 : Chaîne causale de la malnutrition au niveau communautaire de Tshilenge

CONCLUSION

En dehors des aspects politiques dont les stratégies sont définies au niveau élevé (national ou provincial), la survenue de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 6 à 59 mois est déterminée par une mosaïque de causes.

Les potentiels déterminants de la malnutrition aiguë sévère chez les enfants de 0 à 59 mois dans la zone de santé de Tshilenge comprennent la vulnérabilité induite par les conditions socio-économiques précaires, les pesanteurs culturelles non favorables à la bonne nutrition (interdits alimentaires, sevrage précoce, manque de planification familiale), la faible sensibilisation communautaire en matière de nutrition, la sous qualification des prestataires de soins et la faible production alimentaire. Ces facteurs constituent les socles des déterminants de la malnutrition au niveau communautaire et stratégique local.

Au niveau des ménages, il est noté un accès limité aux soins de santé (éloignement des structures de santé, les coûts élevés des soins, la faible couverture des services) et le faible niveau des connaissances des stratégies de lutte contre la malnutrition.

Au niveau individuel, on note l'accroissement continu des cas de maladies, la monotonie alimentaire (manque d'accès à une alimentation diversifiée causé par la dépendance continue au manioc – comme aliment de base) en ce milieu. L'alimentation étant essentiellement énergétique prive l'enfant des apports en micronutriments, en protéines animales et végétales, dans un environnement sanitaire défavorable.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes sont formulées à l'attention des acteurs en regard :

1. Promouvoir les investissements en faveur des activités de production locale (agriculture, pêche, élevage, ...) en vue d'une augmentation de la production alimentaire locale et répondre aux besoins alimentaires des populations.

Cibles pour cette recommandation:

- Gestionnaires des projets, des programmes
- Différents managers.

2. Instiguer le développement d'un programme communautaire d'éveil de conscience sur les conséquences néfastes de la malnutrition dans la Zone de santé.

Cibles pour cette recommandation:

- Autorités provinciales et territoriales de Tshilenge,
- Acteurs de développement,
- Acteurs sanitaires.

RÉFÉRENCES

1. UNICEF. Levels and trends in child malnutrition. UNICEF, 2025. Disponible à : <https://www.unicef.org>
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Malnutrition aiguë sévère et nutrition infantile. OMS, Genève : 2023.
3. Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC). République Démocratique du Congo : Aperçu de la Malnutrition Aiguë. IPC, Rome : 9 septembre 2024. Disponible à : https://www.ipcinfo.org/fileadmin/user_upload/ipcinfo/docs/IPC_DRC_Acute_Malnutrition_Jul2024_Jun2025_Snapshot_French.pdf
4. Institut National de la Statistique (INS), Ecole de Santé III (EDS-RDC III) 2023-2024. Rapport final, République Démocratique du Congo. INS : 1-300. 2025.
5. Institut National de la Statistique, Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa. Enquête Démographique et de Santé III (EDS-RDC III) 2023-2024, Rapport final, Journal des données statistiques, Vol.3 : pages 45-60. 2025.
6. UNICEF. Rapport sur la situation socio-économique et nutritionnelle des enfants en République Démocratique du Congo. UNCF, pages 1-50. 2022.
7. FAO et UNESCO. Nutrition education and food literacy: A joint report on improving dietary practices through education. FAO/UNESCO, Rome: 2020.
8. Black Robert E., Victora Cesar G., Walker Susan P., Bhutta Zulfiqar A. et Christian Parul. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. The Lancet, 382: 427–451. 2013. Disponible à : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)
9. Poncelet Marc, Nambuwa Roger, Kabongo Jean. Rapport de recherche sur les déterminants sociaux de la malnutrition dans les provinces de la Tshopo et du Sud-Ubangi. Université de Liège – Omer, Liège : 2018.
10. Kiguli Jane, Nankinga Olivia, Tumusiime Paul et al. Cultural determinants of child nutrition in African contexts: A cross-sectional study. African Journal of Nutrition, 15: 45–56. 2021.
11. World Health Organization. Global Nutrition Report 2022: The state of nutrition worldwide. WHO, Genève: 2022.